



TITLE:

# 同側腎無形成を伴った精嚢嚢胞の1例

AUTHOR(S):

梶田, 洋一郎; 清水, 洋祐; 高尾, 典恭; 岩城, 秀出洙;  
山内, 民男

---

CITATION:

梶田, 洋一郎 ...[et al]. 同側腎無形成を伴った精嚢嚢胞の1例. 泌尿器科紀要 2001, 47(3): 203-206

ISSUE DATE:

2001-03

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/114479>

RIGHT:

## 同側腎無形成を伴った精嚢嚢胞の1例

田附興風会医学研究所北野病院泌尿器科 (部長: 山内民男)

梶田洋一郎\*, 清水 洋祐, 高尾 典恭

岩城秀出洙, 山内 民男

SEMINAL VESICLE CYST WITH IPSILATERAL  
RENAL AGENESIS: A CASE REPORT

Yoichiro KAJITA, Yosuke SHIMIZU, Noriyasu TAKAO,

Hideaki IWAKI and Tamio YAMAUCHI

From the Department of Urology, Kitano Hospital

A 26-year-old man was referred to our hospital for further evaluation of a cystic lesion in the pelvis. He was completely asymptomatic, although he experienced gross hematuria 10 months before his visit. Drip infusion pyelography (DIP) and abdominal computerized tomography (CT) showed a cystic structure behind the bladder and absence of the left kidney. Transrectal ultrasonography (TRUS) suggested left ejaculatory duct obstruction and seminal vesicle deformity. On cystoscopy a large bulging mass under the left side of the bladder was seen. The left half of the trigone and left ureteral orifice were absent. Vasovesiculography demonstrated dilated and tortuous left seminal vesicle. Three days after this procedure, the patient suffered left epididymitis. It did not respond rapidly to antibiotic therapy, so percutaneous drainage of the cyst was performed. He has been completely free of symptoms and no seminal vesicle cysts have been detected on TRUS at five months follow-up.

(Acta Urol. Jpn. 47: 203-206, 2001)

**Key words:** Seminal vesicle cyst, Ectopic ureter

## 緒 言

精嚢嚢胞は Zinner により1914年に初めて報告された比較的稀な疾患である<sup>1)</sup> 特有の臨床症状に乏しく日常の診察上見落とされやすいと考えられるが、近年CTや超音波断層法など診断技術の向上のため発見される頻度は増加している。今回われわれはスクリーニングにて偶然に発見された1例を経験したので報告する。

## 症 例

患者: 26歳, 独身男性

主訴: なし

既往歴 家族歴: 特記すべきものなし

現病歴: 1998年8月肉眼的血尿を自覚したが消失。1999年6月上腹部不快感にて近医受診, 胃内視鏡にて慢性胃炎と診断された。同時に施行された腹部エコーにて膀胱背側に嚢胞状の病変と左腎無形成が疑われ, 当科紹介受診後精査目的にて1999年9月20日入院となった。

入院時現症: 身長 175 cm, 体重 64 kg, 血圧 120/70 mmHg, 体温 36.5°C, 胸腹部理学的所見, 両側陰

嚢内容に異常を認めず 直腸診にて前立腺の頭側に圧痛のない嚢胞状腫瘤を触れた。精嚢は不明瞭であった。

入院時検査所見: 血液学的検査では異常を認めず尿検査では RBC 10~15/hpf 程度の顕微鏡的血尿を認めた。精液検査では精液量 3 ml, 精子数  $14 \times 10^6$ , 運動率71.4%と精子数の低下を認めた。

画像検査所見: 排泄性腎盂尿管造影では左腎陰影の欠損, 右腎の肥大, 膀胱像の陰影欠損を認めた (Fig. 1)。造影 CT にても左腎は確認できず, また膀胱を背側より圧排する造影されない嚢胞状腫瘤を認めた (Fig. 2A)。腫瘤と連続した左尿管と思われる管状構造物が大動脈分枝部の約 3 cm 頭側まで確認された (Fig. 2B)。TRUS では前立腺内に石灰化と嚢胞を認め, それと連続した嚢胞状腫瘤が直腸腹側を蛇行していた (Fig. 3)。MRI では嚢胞状腫瘤と左尿管と思われる管状構造物は T1, T2 とともに均一な高密度領域として描出され, 内容液が粘調であることが示唆された (Fig. 4A)。排尿時膀胱造影, 尿道膀胱造影では共に異常を認めなかったが, 膀胱鏡検査では腫瘤による背側からの圧排と左側三角部, 左尿管口の欠損を認めた。

入院後経過: 精路との交通を調べるため, 両側精管精嚢造影を施行した (Fig. 4B)。拡張した左精嚢が描

\* 現: 奈良社会保険病院泌尿器科



Fig. 1. DIP revealed absence of the left kidney and filling defect on cystogram.

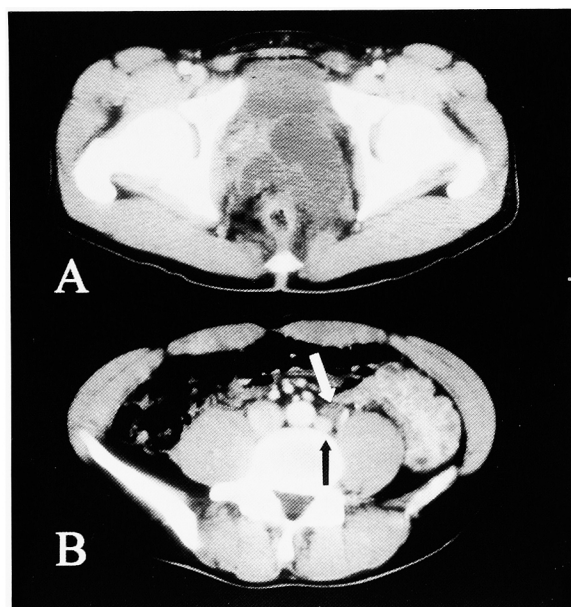


Fig. 2. A: CT showed cystic mass behind the bladder. B: Tubular structure was observed up to 3 cm above the aortic bifurcation (white arrow). An aberrant vein was observed at the left side of the aorta (black arrow).

出され、右精嚢は外側に圧排されていた。左側の造影時にインジゴカルミンを混入した造影剤を使用した。術後に採取した尿、精液ともに正常の色調であった。術後の単純 CT にて左尿管と思われる管状構造物は第 4 腰椎レベルにて 2 本となっており不完全重複尿管と考えられた (Fig. 5A)。以上の所見から左腎無形成を伴った左精嚢嚢胞、左尿管精嚢異所開口と診断した。術後 3 日目に左精嚢上体炎となり抗生物質の投

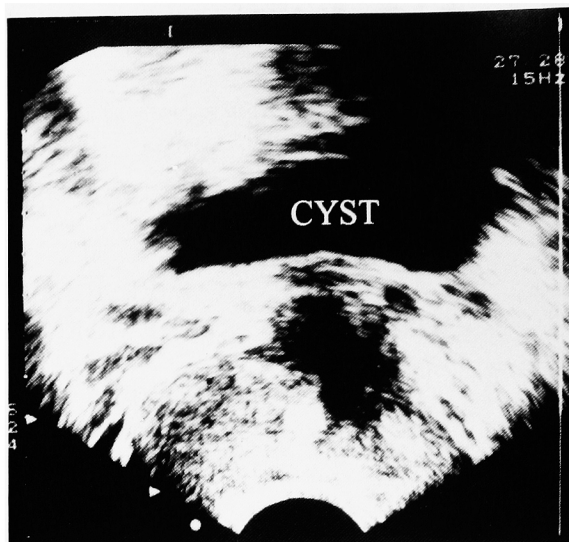


Fig. 3. TRUS demonstrated calcification within the prostate. Ejaculatory duct obstruction was suspected.

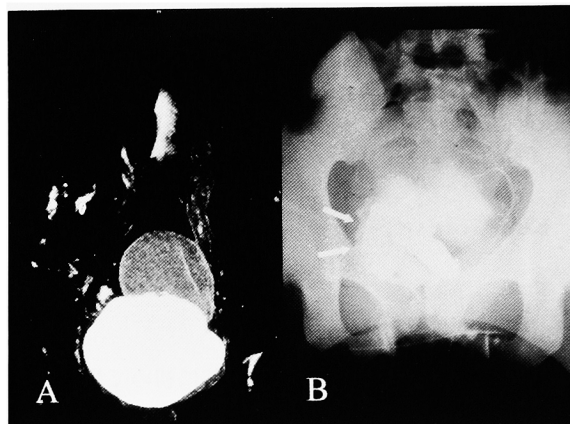


Fig. 4. A: MRI revealed that retrovesical cystic mass and ascending tubular structure were both filled with viscous fluid. B: Vasovesiculography showed dilated and tortuous left seminal vesicle. Right seminal vesicle was displaced laterally (arrows).

与にても解熱を認めず、術後 6 日目に左臀部より嚢胞穿刺術を施行しカテーテルを留置した (Fig. 5B)。内容液は約 200 ml で膿様であり培養にてブドウ球菌が検出された。鏡検では白血球が多数で精子は確認できなかった。以後炎症所見は軽快し術後 18 日目にカテーテルを抜去した。

治療方針につき苦慮したが、元来無症状であるため今回は経過観察することとなった。現在 5 カ月経過しているが、無症状であり TRUS にても嚢胞の再発は認めていない。また精液検査では精液量 3 ml、精子数  $32 \times 10^6$ 、運動率 70% と若干の改善を認めている。

## 考 察

胎生期第 4 週ころに尿管芽が中腎管より発生する



Fig. 5. A: Left ureter was duplicated at the level of the 4th lumbar vertebral body. B: Drainage of the left seminal vesicle cyst was performed (arrow).

が、正常よりも頭側の位置で尿管芽が発生すると尿管は後部尿道や射精管に開口し、さらに頭側で発生すると精管、精嚢に開口する<sup>2)</sup> また尿管芽と後腎組織との接触が不十分に終わるため、腎の形成異常を高率に伴う<sup>3,4)</sup>。精嚢の嚢状拡張あるいは変形は射精管閉塞により精液が貯留した結果生じると考えられている<sup>5)</sup>。今回は開腹手術を施行していないため左腎尿管についての詳細は不明であるが、画像上左腎無形成、左尿管精嚢異所開口と診断した。

臨床症状: 性的活動期に有症状となることが多く、排尿困難、頻尿、会陰部痛、精巣上体炎、射精時痛などがあげられる<sup>6)</sup>。不妊を主訴とした報告<sup>7,8)</sup>、精液検査が行われた症例の45%で不妊症が認められたという報告もあることから<sup>6)</sup>、本疾患を疑った場合精液検査は必須である。

診断: CT, MRI, TRUS, 精管精嚢造影が特に有用である。中でも TRUS は非侵襲的で簡便であり、周囲臓器との関係も把握できることからスクリーニングとして活用すべき検査であろう。鑑別診断としてはミューラー管嚢胞、射精管憩室、前立腺嚢胞などがあげられるが、嚢胞の位置や精嚢の形態、腎や膀胱三角部、尿管口の形成異常の有無などにより鑑別できる<sup>6,9)</sup>。

治療: 無症状であれば経過観察が原則であるが<sup>10)</sup>、

有症状の場合外科的摘除、内視鏡的手術、嚢胞穿刺術などが行われている。なかでも外科的摘除が最も多く行われており、そのほとんどに症状の改善を認めるようであるが精液所見の改善が認められるかどうかは未だ不明である<sup>10,11)</sup>。経尿道的に嚢胞壁を切開することによりサイズを縮小し得たとの報告もあるが<sup>12)</sup>、この場合は嚢胞内への尿の逆流が問題となる。われわれが行った嚢胞穿刺術は診断および治療に有用である。しかし長期間観察した報告が少ないためその妥当性については明らかでない。再発の報告<sup>6)</sup>も見られるため精液所見を含めた今後の経過観察が必要であり、有症状となれば外科的摘除を予定している。

## 結 語

同側の腎無形成を伴った精嚢嚢胞の1例を報告した。本症例は無症状であったが精液検査で異常を認めており、不妊症の症例では精嚢嚢胞は鑑別診断の1つとして考慮されるべき疾患であると考えられた。

## 文 献

- 1) Zinner A: Ein Fall von intravesikaler Samenblasenzyste. *Wien med Wochenschr* **64**: 605-610, 1914
- 2) Tanagho EA: Embryologic basis for lower ureteral anomalies: a hypothesis. *Urology* **7**: 451-464, 1976
- 3) Mackie GG and Stephens FD: Duplex kidneys: a correlation of renal dysplasia with position of the ureteral orifice. *J Urol* **114**: 274-280, 1975
- 4) Terai A, Tsuji Y, Terachi T, et al.: Ectopic ureter opening into the seminal vesicle in an infant: a case report and review of the Japanese literature. *Int J Urol* **2**: 128-131, 1995
- 5) Conn IG, Peeling WB and Clements R: Complete resolution of a large seminal vesicle cyst-evidence for an obstructive aetiology. *Br J Urol* **69**: 636, 1992
- 6) Van den Ouden D, Blom JH, Bangma C, et al.: Diagnosis and management of seminal vesicle cysts associated with ipsilateral renal agenesis: a pooled analysis of 52 cases. *Eur J Urol* **33**: 433-440, 1998
- 7) Beiswanger J and Jarow JP: Pregnancy after relief of ejaculatory duct obstruction by aspiration decompression of an ectopic ureter. *J Urol* **156**: 1761-1762, 1996
- 8) Nazli O, Apaydin E, Killi R, et al.: Seminal vesicle cyst, renal agenesis and infertility in a 32-year-old man. *Br J Urol* **73**: 467, 1994
- 9) Shabsigh R, Lerner S, Irving JF, et al.: The role of transrectal ultrasonography in the diagnosis and management of prostatic and seminal vesicle cysts. *J Urol* **141**: 1206-1209, 1989
- 10) Roehrborn CG, Schneider HJ, Rugendorff EW, et

- al.: Embryological and diagnostic aspects of seminal vesicle cysts associated with upper urinary tract malformation. *J Urol* **135**: 1029-1032, 1986
- 11) 伊藤弘之, 米山高弘, 高橋 淳, ほか: 尿管精路異所開口の2例. *臨泌* **52**: 747-749, 1998
- 12) Steers WD and Corriere JN: Case profile: seminal vesicle cyst. *Urology* **27**: 177-178, 1986  
(Received on May 17, 2000)  
(Accepted on September 10, 2000)